

Plastie pénoscrotale pour volumineux éléphantiasis des organes génitaux externes : à propos d'un cas à la clinique universitaire d'urologie–andrologie de Cotonou

Penoscrotal plastic surgery for extreme elephantiasis of the external genital organs: a case at the Urology-Andrology University Clinic in Cotonou

I. Gandaho · J. Avakoudjo · P.-P. Hounnasso · F. Hodonou · C. Akpo

Reçu le 12 mai 2012 ; accepté le 21 août 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Bien qu'ayant été par le passé une zone d'endémie filarienne, les séquelles de la filariose lymphatique deviennent de plus en plus rares au Bénin. Nous rapportons un cas de volumineux éléphantiasis pénoscrotal pris en charge à la clinique universitaire d'urologie–andrologie de Cotonou. Il a été réalisé une plastie pénoscrotale par réduction volumétrique et reconstitution scrotale par deux lambeaux latéraux. Les résultats après un recul de six mois sont satisfaisants.

Mots clés Éléphantiasis · Grosse bourse · Filariose lymphatique

Abstract Although historically an area of lymphatic filariasis endemic, repercussions from this disease are becoming rarer in Benin. We are reporting on an extreme case of penoscrotal elephantiasis, treated at the Urology-Andrology University Clinic in Cotonou. Penoscrotal plastic surgery was performed through the reduction in volume and reconstruction of the scrotum using two lateral flaps. Results after a follow-up at six months are satisfactory.

Keywords Elephantiasis · Swollen bursa · Lymphatic filariasis

Introduction

L'éléphantiasis pénoscrotal est défini par une augmentation du volume des bourses et de la verge secondaire à une infiltration lymphatique du tissu cellulaire sous-cutané des orga-

nes génitaux externes. Il fait suite à une obstruction chronique mécanique ou inflammatoire du système lymphatique. Deux grands groupes sont reconnus : la forme congénitale due à une lymphangiectasie qui peut se manifester à l'âge adulte et la forme acquise ou secondaire qui fait suite à une affection parasitaire, microbienne, tumorale... [1,2]. Cette augmentation de volume peut prendre des proportions importantes au point d'avoir des répercussions tant sur le plan esthétique que fonctionnel et social. Fort heureusement, cette affection devient de plus en plus rare en Afrique au sud du Sahara [3,4]. Nous rapportons ici un cas ayant été pris en charge à la clinique universitaire d'urologie–andrologie de Cotonou.

Observation

Un patient de 46 ans, reçu en consultation pour augmentation du volume de la bourse évoluant depuis dix ans environ. Il s'agissait d'un ancien riverain d'une zone d'endémie filarienne béninoise. L'interrogatoire n'avait pas retrouvé d'antécédents de trouble urinaire du bas appareil urinaire ni de radiothérapie ou de chirurgie pelvienne. La conjointe l'aurait abandonné du fait de la pathologie.

À l'examen physique, on retrouvait une volumineuse bourse s'étendant jusqu'à hauteur des genoux. Le diamètre de la bourse est estimé à 65 cm. La peau est épaissie, rugueuse, hyperpigmentée en aspect d'écailles. La verge s'est enfouie, donnant un aspect en doigt de gant (Figs. 1 et 2). Les membres pelviens sont d'aspect normal, non infiltrés, de même que l'abdomen. Aucun signe infectieux n'a été objectivé.

Le diagnostic d'éléphantiasis pénoscrotal a été retenu. L'origine filarienne a été évoquée sur des arguments épidémiologiques. Aucun bilan à visée étiologique n'a été réalisé du fait des revenus très limités du patient.

I. Gandaho (✉) · J. Avakoudjo · P.-P. Hounnasso · F. Hodonou · C. Akpo
Clinique universitaire d'urologie–andrologie,
CNHU de Cotonou, Bénin
e-mail : elvhick@yahoo.fr



Fig. 1 Aspect préopératoire montrant l'invagination du pénis en doigt de gant et l'extension de la bourse au genou



Fig. 2 Aspect préopératoire montrant l'aspect lichénifié de la peau scrotale

Il a été réalisé une plastie pénoscrotale de réduction volumétrique. La technique chirurgicale a consisté successivement en :

- une incision sur le raphé médian avec bipartition scrotale ;
- une dissection à partir du septum scrotal, une ouverture de la bourse et un isolement du cordon spermatique de chaque côté. À l'exploration, les deux testicules étaient d'aspect normal ;
- une résection des tissus cellulaires sous-cutanés avec réalisation progressive d'hémostase par ligature-section des vaisseaux dilatés, ou par tamponnade aux compresses adrénalinées ;
- une résection des tissus cutanés excédentaires en laissant deux lambeaux latéraux grossièrement triangulaires à sommet interne, partant des faces internes des cuisses ;

- un prolongement de l'incision médiane sur la face ventrale de la verge ;
- une dissection jusqu'au contact du corps spongieux ;
- une résection des tissus sous-cutanés tout autour de la verge, une résection des tissus cutanés excédentaires ;
- une fermeture par un surjet après fixation des deux testicules à la face interne de chaque lambeau latéral ;
- une mise en place d'une sonde urétrovésicale Charrière 20.

Les tissus réséqués pesaient 5,400 kg.

Résultat

La plastie a été satisfaisante pour le patient et pour l'équipe médicale. Une anémie secondaire à la perte sanguine peropératoire a été constatée dans les suites immédiates nécessitant la transfusion de culot globulaire isogroupe isorhésus. L'évolution ultérieure a été simple. Le patient est sorti au 21^e jour postopératoire.

L'évolution après un recul de six mois est favorable (Figs. 3 et 4). Il n'y a pas eu de récurrence. Cependant, il était apparu une dysfonction érectile psychogène (conservation d'érection matinale).

Discussion

L'éléphantiasis des bourses devient de plus en plus une affection rare en Afrique au sud du Sahara. Au Mali, il ne représente que 2,1 % des causes de grosse bourse (5/185) [3]. Ndoye et al. [4] ont rapporté une fréquence annuelle moyenne de deux cas par an au Sénégal.



Fig. 3 Aspect postopératoire montrant la réduction du volume scrotal, avec réapparition de la verge



Fig. 4 Aspect postopératoire, patient debout montrant la position du scrotum par rapport au genou

Le diagnostic positif est la plupart du temps facile et se fait dès l'examen physique. Il est posé dès l'inspection chez notre patient. La perte de l'élasticité de la peau qui s'épaissit et prend un aspect cartonné a été constamment rapportée dans la littérature [2,4]. Le retard à la consultation est la règle. Les dix années observées par notre patient sont superposables aux données retrouvées dans la littérature. Un délai moyen de 7,8 ans a été retrouvé à Dakar [4]. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- l'éléphantiasis des bourses touche le sexe de l'homme qui demeure un sujet tabou dans notre région ;
- la maladie touche des sujets pauvres, exclus de nos systèmes sanitaires car dépourvus de sécurité sociale, c'est le cas de notre patient ;
- le vécu psychosocial de cette maladie : l'éléphantiasis, maladie bizarre, est souvent rattaché à l'action maléfique d'un présumé ennemi ; un rival par exemple.

L'origine filarienne paraît évidente chez un sujet vivant en zone d'endémie, et qui de surcroît rapporte des éléments de la phase aiguë. Les examens paracliniques aident à confirmer le diagnostic : la recherche de microfilaries dans le sang, l'échographie des bourses à la recherche des vers adultes. La lymphographie bipédieuse radiologique ou isotopique montre parfois des aspects pathognomoniques de filariose lymphatique avec des blocages lymphatiques étagés, des lymphangiectasies, et au temps ganglionnaire des hypertrophies ganglionnaires granuleuses lacunaires avec parfois un aspect en « écheveau de laine » [5].

Plusieurs autres étiologies sont possibles : infection bactérienne, complication de sténose urétrale, tumeur pelvienne, radiothérapie, et même après circoncision [2,4,6]. L'urétrocystographie rétrograde avec cliché mictionnel (UCRM)

permet de situer le niveau de la sténose et d'objectiver une éventuelle fistule urétrocutanée associée qui se traduit par une fuite de produit de contraste.

Bien que l'UCRM n'ait été réalisée chez notre patient, l'origine urinaire paraît très peu probable devant l'absence de trouble mictionnel et la possibilité de mise en place d'une sonde urétrovésicale de bon calibre (Charrière 20).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) scrotale est une méthode d'exploration non invasive de cette pathologie. Elle permet une caractérisation tissulaire bien corrélée avec l'histologie permettant surtout de préciser les limites de la résection chirurgicale. Une résection plus limitée est alors possible, facilitant ainsi la reconstruction scrotale [5].

Le traitement reste chirurgical et vise les objectifs suivants :

- réduire le volume scrotal ;
- conserver la fonction des gonades ;
- éviter la récurrence ;
- améliorer la qualité de vie du patient.

Deux possibilités thérapeutiques s'offrent aux chirurgiens :

- la technique conservatrice ou lymphangioplastie visant à améliorer le drainage lymphatique grâce à des tubes en polyéthylène ou métalliques, des greffes d'épiploon ou une anastomose lymphaticoveineuse. Celle-ci consiste à anastomoser la crosse de la saphène interne au groupe lymphonodal inguinal superficiel [1]. Les résultats restent mitigés ;
- la chirurgie radicale qui consiste en la résection des tissus éléphantiasiques suivie d'une reconstruction des organes génitaux externes.

La multiplicité des techniques chirurgicales traduit les difficultés rencontrées [3,7-9]. Ndoye et al. [7] ont décrit plusieurs abords en fonction de l'étendue de la lésion : soit un abord inguinal permettant l'isolement premier du cordon spermatique, soit une incision circulaire sur le pourtour de la zone de transition entre tissu sain et tissu pathologique. Notre abord par le raphé nous a permis d'aboutir aux mêmes résultats.

La reconstitution scrotale peut se faire soit par :

- lambeaux cutanés pédiculés inguinaux ou suprapubiens ;
- deux lambeaux fasciocutanés de la cuisse ;
- l'utilisation de greffe de peau libre mince [8]. Cette méthode peut induire des troubles de la spermatogenèse par modification de la régulation thermique locale testiculaire.

Les difficultés peropératoires ont été essentiellement la gestion de la perte sanguine qui est proportionnelle au volume de l'éléphantiasis. Une évaluation de notre technique s'impose en vue d'en tirer les conclusions.

Conclusion

L'éléphantiasis des bourses est une affection grave, heureusement de plus en plus rare, touchant les populations pauvres. Il pose essentiellement un problème esthétique. Dans certains cas, il peut prendre des proportions énormes et entamer la fonction sexuelle. Son traitement reste chirurgical.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Slama A, Jaidane M, Elleuch A, et al (2002) Traitement chirurgical d'un éléphantiasis pénoscrotal. *Prog Urol* 12:337-9
2. Tazi F, Ahallal Y, El Fassi J, Farih H (2009) L'éléphantiasis pénoscrotal, diagnostic et prise en charge (à propos de trois cas). *J Maroc Urol* 16:17-20
3. Ouattara K, Dafe SI, Yakwe Y, Cissé C (1991) Enquête sur les « grosses bourses » en zone tropicale à propos de 185 cas. *Med Afr Noire* 38:850-5
4. Ndoeye A, Diao B, Fall PA, et al (2003) Éléphantiasis des organes génitaux externes : aspects cliniques et thérapeutiques. *E-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie* 2:39-42
5. Arteaga C, Salamand P, Mianné D, et al (1997) Aspects IRM de l'éléphantiasis scrotal filarien. *Corrélations IRM-anatomopathologiques. J Radiol* 78:1285-7
6. Talikoti A, Deo S, Shukla K, et al (2011) A rare case of giant leiomyosarcoma in a filarial scrotum: a case report. *World J Surg Oncol* 9:20
7. Ndoeye A, Sylla C, Ba M, et al (1999) Point of technique: management of penile and scrotal elephantiasis. *BJU Int* 84:362-4
8. Halila M, Ounaes A, Saadani H, et al (2003) L'éléphantiasis scrotal. *Prog Urol* 13:140-2
9. Fakhfakh H, Ketata H, Bouassida A, et al (2005) L'éléphantiasis pénoscrotal. À propos d'un cas. *Andrologie* 15:324-7